

平成 年 月 日

姫路医師協同組合
理事長 空地 顕一 様

住 所
氏 名 印

持分払戻請求権行使同意通知書

貴組合の組合員 の持分払戻請求権行使について下記の共同相続人の同意を得てることを通知します。

相続人
住 所
氏 名 印

住 所
氏 名 印

住 所
氏 名 印